

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Letícia Ribeiro Sanglard

**O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM DESAFIO PARA O SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

**Campos Gerais – Minas Gerais
2014**

Letícia Ribeiro Sanglard

**O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM DESAFIO PARA O SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho

**Campos Gerais – Minas Gerais
2014**

Letícia Ribeiro Sanglard

**O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM DESAFIO PARA O SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho

Banca Examinadora:

Prof^a. Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho (orientadora)

Prof^a. Daniela Coelho Zazá (examinadora)

Aprovada em Belo Horizonte: 30/08/2014

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Sendo este trabalho focado em expor primeiramente sobre a criação do SUS, posteriormente sobre a formação do Conselho Nacional de Saúde. Com o advento do SUS, toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme rege o artigo 195 da Constituição. Fazem parte do Sistema Único de Saúde, os centros e postos de saúde, os hospitais públicos, incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica. A partir da criação do SUS, surgem também os dispositivos que o compõe, sendo as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) um importante instrumento deste sistema. Dentre as diversas funções da UAPS uma delas é a execução de grupos operativos, a fim de que, sensibilize os usuários do SUS a fazerem ações preventivas e caso a patologia já esteja instalada, que mantenham o controle e ações de melhoria em seu diagnóstico. Em especial este trabalho se deteve na hipertensão e diabetes e os cuidados que podem ser executados na UAPS para acompanhamento das mesmas.

Palavras-chave: Diabetes; Hipertensão; Grupos operativos; SUS; UAPS.

ABSTRACT

The single is one of the largest public health systems in the world. It ranges from simple outpatient care to organ transplants, ensuring comprehensive, universal and free access to the country's population. Supported by a broad concept of health, the SUS was created in 1988 by the Brazilian federal constitution to be the health system of more than 180 million Brazilians. The focus of this work is firstly the creation of the SUS, later on creation of the national health council. With the advent of the SUS, the entire Brazilian population has gained the right to universal free health care, financed with funds from the budgets of the union, the states, the federal district and the municipalities, as governed by article 195 from the constitution. Part of the national health system, clinics, public hospitals, including universities, laboratories, blond banks, the services of health surveillance, epidemiological surveillance, environmental monitoring, as well as foundations, academic research and scientific institutes. With the creation of the SUS, the deuces that comprise the system was also created health care primary wich is an important instrument of this system. Among the various functions of UAPS, one of them is running operational teams, in order to stip emotions and SUS users, to mare preventive actions and if the condition is already installed, to retain control in the best way. Especially this work wasbasedon hypertension and diabetes and the care that can be performed in UAPS.

Keywords: diabetes; hypertension; operative groups; SUS; UAPS.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	FUNDAMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE.....	8
	2.1 ESTRUTURAÇÃO DO SUS.....	8
	2.2 ESTRUTURAÇÃO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE- UAPS.....	14
3	INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS UAPS.....	18
4	GRUPOS E OS BENEFÍCIOS PARA DOENÇAS CRÔNICAS.....	25
5	CUIDADOS QUE PODEM SER FORNECIDOS PARA DIABETES E HIPERTENSÃO NAS UAPS.....	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
	REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem um grande propósito em decorrência do que se determinou abranger, ou seja, ele se propõe a atender toda a população, logo se necessita de um sistema bem estruturado e que tenha autonomia em diversos âmbitos como o municipal, estadual até culminar no âmbito federal. O tema abordado na pesquisa de revisão bibliográfica foi o tratamento fornecido para diabetes e hipertensão no Sistema Único de Saúde. Inicialmente se traçou uma perspectiva sobre a criação do SUS e o movimento político que propiciou a criação do mesmo. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e está regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde. Também denotando a importância dos conselhos municipais de saúde, com a finalidade de uma população organizada e consciente dos fatos que necessitam de mudança. Outro aspecto importante dos conselhos é a participação de membros governamentais, pois estes possuem mais articulações para que as queixas possam ser sanadas pelas entidades governamentais.

Posteriormente, estruturaram-se os postos de atendimento à saúde que eram denominados como UBS (Unidades Básicas de Saúde) e atualmente são UAPS (Unidades de Atenção Primária à Saúde). A UAPS é atualmente concebida pelo Ministério da Saúde como a “porta de entrada” para os serviços de saúde. Apesar de ser considerado um serviço de baixa complexidade, atende a todos e realiza direcionamentos para outros dispositivos mais apropriados da rede.

Os grupos operativos dentro da UAPS podem se constituir como uma ferramenta essencial no tratamento dos usuários atendidos no sistema, principalmente os portadores de diabetes e hipertensão, que podem ser orientados por estes grupos, a fim de manterem o controle sobre sua patologia, entenderem melhor quais são os cuidados necessários, dentre outras funções que o grupo pode desempenhar.

2 FUNDAMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE

2.1 ESTRUTURAÇÃO DO SUS

A reflexão sobre a criação do SUS enquanto um modelo deve ser primeiramente retomada pela questão dos direitos sociais. Para este fim, o primeiro entendimento é que a saúde é um direito do cidadão, mas principalmente dever do Estado. Partindo deste pressuposto, o direito a saúde é um dos primeiros a serem elencados estruturando como um dos direitos humanos. Entretanto, cabe ressaltar que é relativamente recente, pois o direito à saúde não fazia parte, por exemplo, da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, marco histórico dos direitos civis na Revolução Francesa (BRASIL, 2006).

O direito que se fundamenta não só como conceito da sobrevivência tanto individual quanto coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente, conforme a tão conhecida definição da Organização Mundial da Saúde (OMS). O conceito de saúde sendo concebido como algo amplo, e que quando o sujeito a possui tem diversos aspectos em consonância com o que se espera ser saudável (BRASIL, 2006).

Criado em 1988, pela Constituição Federal, para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros, o SUS surgiu com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Além de oferecer a medicina curativa, ele se propõe a promover a saúde, com prioridade para as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos a sua saúde. O SUS constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2013).

Antes da criação do SUS, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada);

e os que não possuíam direito algum. Outra contribuição significativa do SUS foi a descentralização das decisões, responsabilidades, atribuições e recursos. Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. As esferas de governo são parceiras na condução da política de saúde no País. As atribuições de cada um estão definidas nas normas operacionais básicas do Ministério da Saúde e na Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2013).

O modelo do SUS inclui o cidadão não apenas como usuário, mas também como participante da gestão do sistema. A Lei Orgânica da Saúde estabelece dois importantes mecanismos de participação da população: as conferências e os conselhos de saúde. A comunidade, por meio de seus representantes, pode opinar, definir, acompanhar e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo.

Os conselhos de saúde são os órgãos de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal. De caráter permanente e deliberativo, cada conselho tem como missão fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde, propondo correções e aperfeiçoamentos e permitindo à população interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais. Entre as competências dos conselhos estão aprovar o Plano Nacional de Saúde, a cada quatro anos, e o orçamento anual da saúde, além de acompanhar a execução orçamentária. Os conselhos de saúde funcionam como colegiados formados por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2013).

Nas conferências, reúnem-se também os representantes da sociedade (que são os usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, mas também outras pessoas. As conferências são destinadas a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Elas se dão em âmbito municipal, estadual e federal, a cada quatro anos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2013).

Os conselhos e conferências de saúde estão inseridos em uma visão da saúde como um direito essencial. Com a finalidade que o cidadão conheça seus

direitos na hora de procurar atendimento de saúde, foi redigida a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado. A Carta é um importante documento para que a população conheça seus direitos, e assim ajude o Brasil a ter um sistema de saúde mais efetivo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2013). Os princípios da Carta são:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito ao tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito ao atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

A participação ativa dos conselhos de saúde foi fundamental para a estruturação do SUS enquanto sistema vigente, promovendo a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde (a partir de 1995). O processo foi denominado de movimento, não só por representar a aglutinação organizada de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações articuladas no cenário social e político, como por ser espécie de ato contínuo do chamado movimento sanitário, que deu corpo e forma à Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2006).

Observa-se que a existência do SUS como modelo público de saúde tem se mostrado uma política favorável à construção da justiça social e do bem-estar entre os brasileiros, principalmente em função dos princípios que o regem. Obviamente, como toda política que apresenta aspectos positivos, nestas também é adicionada aspectos negativos ou que precisam ser reavaliados. Como implicações deste sistema, pode-se elencar que o “SUS seria uma reforma incompleta, já que sua implantação vem ocorrendo de maneira heterogênea”, pois nota-se a desigualdade

no atendimento às necessidades e na utilização dos serviços há problemas de financiamento, da gestão do sistema e do trabalho em saúde, entre outros que os usuários têm que lidar (CAMPOS, 2007, p. 1866).

Inicialmente, precisa-se ponderar sobre o contexto histórico da criação do SUS. Neste momento, destaca-se a Reforma Sanitária, políticas públicas em países capitalistas e o declínio do comunismo. Começa-se no Brasil uma discussão sobre uma política de saúde ampliada, marcando assim o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se, contudo mudanças na saúde como também nas condições de vida da população. Cabe ressaltar, que mesmo com a ampliação do acesso ao sistema, que é assegurado por sua legislação, este ainda se constitui uma grande dificuldade quando se considera outras questões que vão além do âmbito da saúde específica, mas a influencia diretamente, como por exemplo, a desigualdade social, que ainda se mantém persistente. Em função da perversa distribuição de renda e da precariedade da maioria das políticas públicas, este quadro de desigualdade é crônico, uma vez que a recente reorganização produtiva e o padrão de crescimento econômico adotado tenham contribuído para manter a desigualdade, senão para aumentá-la (CAMPOS, 2007).

Neste contexto, foi de extrema importância para expressar a “voz” do coletivo a criação dos conselhos, uma vez que estando seus membros organizados conseguem se articular para a melhoria do coletivo por estarem mais próximos das reais necessidades da população. Os conselhos de saúde são muito expressivos em decorrência das suas articulações com movimentos sociais, o que se mostra um diferencial em relação aos demais conselhos que se alicerçam em estratos burocráticos ou dominados por grupos, lobbies e setores específicos (BRASIL, 2006).

A democracia participativa do conselho de saúde permite a população se expressar em seu próprio nome, indicando seus interesses diretamente, além de pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. A democracia participativa traz as “ruas” para dentro do Estado, para os espaços do próprio poder executivo, e, no início do século XXI, timidamente para o poder judiciário, com o Conselho Nacional de Justiça. A mediação da participação nos conselhos implica em uma sociedade civil organizada, sendo este ideal além de partidos políticos (que lutam pela representação no poder legislativo) e dos sindicatos (que lutam por condições

de trabalho e direitos sociais), em termos de interesses de sujeitos que se constituem nas lutas por transformação das desigualdades e iniquidades de gênero, cor, etnias, idade, diferenças de território e distribuição de serviços.

Os conselhos de saúde formam uma correia de transmissão com a sociedade, pois, ao mesmo tempo em que os atores se organizam em movimentos de pressão e reivindicação, também vão se transformando e fazendo emergir interesses coletivos e comuns, próprios de cada segmento, inscrevendo-os no contexto da negociação política. A democracia participativa também se institucionaliza e se torna uma expressão plural da sociedade, não se impõe como um projeto hegemônico, mas vai minando a hegemonia das elites nos espaços dos conselhos, na conquista de lugares de voz, de pressão, de fiscalização, numa guerra de posições, na expressão gramsciana. Essa democracia está, portanto, promovendo uma manifestação de poder popular, de segmentos excluídos pelo capitalismo em suas várias formas de dominação, mas dentro dos limites do pluralismo e das instituições estabelecidas, com um confronto de interesses que, ao mesmo tempo em que expõe o conflito propõe-se também a consensos e propostas (BRASIL, 2006, p. 19).

Os conselhos de saúde surgiram através de movimentos sociais e se tornaram fundamentais para a fiscalização, pois também são deliberativos. Este fato é de extrema importância, pois um conselho além acompanhar a elaboração das leis, também pode opinar e decidir sobre as mesmas. O poder dos conselhos depende dessa articulação de forças dos movimentos sociais em confronto/negociação com os representantes do governo, comparecendo com maior ou menor peso político e obtendo avanços e recuos. Os movimentos ecológicos, das mulheres, dos negros, dos homossexuais, dentre outros, têm também arrancado o reconhecimento de direitos e a implantação de políticas, graças às pressões exercidas no contexto democrático. O discurso dominante desqualifica a voz do oprimido e é enunciado a partir de um lócus que valoriza o poder dos setores capitalistas hegemônicos. Na esfera dos conselhos, os recursos e discursos passam a ser monitorados e reconstruídos pela crítica. É nesse discurso crítico que se questionam as justificativas dadas e se busca a construção dos fundamentos de uma nova sociedade (BRASIL, 2006).

Como fatores relevantes com a existência do SUS pode-se elencar o acesso da população a ciência e tecnologia aplicadas à saúde, sendo a atenção à saúde

incorporada como direitos básicos e premissas para a sobrevivência digna. Independente da patologia que o usuário apresente é função do sistema fornecer tratamento, tais como: AIDS, diabetes, vários tipos de câncer, sendo priorizado o tratamento como condição essencial para manutenção da própria vida do usuário (BRASIL, 2006).

Quando se analisa a questão da saúde na perspectiva de esta se constituir um direito da vida em sociedade, este direito passa a ter a necessidade de garantir o acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. Logo, a saúde passa a incluir o parâmetro de uma questão complexa e com valores econômicos para proporcionar o bem estar à vida em sociedade, sendo um direito que se afirma enquanto política.

O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano. O direito à saúde implica o reconhecimento de que todas as cidadãs e todos os cidadãos, sem exceção, têm as garantias universais da saúde. Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos (BRASIL, 2006, p. 18).

Neste momento, há uma mudança de paradigma, porque a questão da saúde deixa de ser “um negócio da doença” para se transformar em garantia da vida, apesar de ainda serem pouco expressivos os dados relativos à prevenção (BRASIL, 2006).

Rompe-se, então, com o modelo flexneriano (proposto pelo relatório Flexner, nos Estados Unidos, no início do século XX), que restringia a saúde ao diagnóstico das doenças, feito por especialistas designados por um saber academicamente reconhecido em lei. O processo participativo exige uma mudança nas relações de

poder, implicando uma dimensão que politiza tanto o diagnóstico como as ações de saúde, repolitizando, assim, criticamente as políticas (BRASIL, 2006).

Quando se reflete na questão da saúde, há diversos atores relevantes e cada um destes, apresenta sua parcela de responsabilidade sobre o sujeito e até certo modo de “poder”, enquanto visão particular sobre o mesmo. Ao poder médico, ao poder dos Agentes de Saúde e ao poder dos gestores, voltados seja para a “eficiência-eficácia” ou para a redução de custos, confrontam-se o poder das empresas e o poder do Estado, ao mesmo tempo em que se agrega o poder da sociedade organizada, da sociedade civil, enquanto conjunto de cidadãos, sujeitos de direitos. É esse o eixo das lutas pela participação, que abre novos espaços públicos, repõe a questão da saúde fora do mundo privado da casa, do mundo da magia, dos consultórios, dos gabinetes, das mãos das elites e do mercado, embora os tenha como postos, buscando novos pressupostos (BRASIL, 2006).

2.2 ESTRUTURAÇÃO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - UAPS.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE, 2013).

O Brasil tem um dos maiores sistemas público de saúde do mundo. O SUS abrange desde um simples atendimento ambulatorial até um complexo transplante de órgãos, procurando garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população brasileira. O SUS está amparado por um conceito ampliado de saúde, em que a universalidade do atendimento rompeu com a lógica adotada em outros países (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE, 2013).

As unidades de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa,

como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil fazem parte do SUS. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito aos exames, consultas, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE, 2013).

No Brasil, não só os contribuintes da previdência, mas todos os cidadãos têm direito ao atendimento de saúde público e gratuito, incluindo consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades públicas, privadas ou filantrópicas contratadas pelo gestor público. A oferta desses serviços aliada às ações de prevenção e promoção da saúde, como campanhas de vacinação, controle de doenças e vigilância em saúde, atingem a vida de cada um dos cidadãos (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE, 2013).

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE, 2013).

O referido Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizar as ações preventivas, democratizar as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. A Vigilância Epidemiológica - controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação, é uma das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de medicamentos, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013).

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda população de uma determinada região (BRASIL, 2013).

No Brasil, de acordo com o Sistema Único de Saúde, é previsto a existência de unidades de atendimento de saúde, a UBS (Unidade Básica de Saúde).

Atualmente, chama-se UAPS que significa Unidade de Atenção Primária à Saúde. Nestes locais, encontram-se médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, que constituem a equipe mínima de integração para a constituição de uma UAPS. Estes profissionais devem atender à população de um determinado bairro ou de uma região (BRASIL, 2013).

O atendimento deve ser gratuito, destina-se à prevenção de doenças e a UAPS é considerada a “porta de entrada” para a rede assistencial em saúde. Os casos mais graves e/ou de urgência e emergência devem ser encaminhados para serviços especializados que atendam a tal demanda, como por exemplo, pronto-socorro ou pronto-atendimento, onde há mais recursos e mais médicos especializados na patologia que o usuário necessita de atendimentos (BRASIL, 2013).

As UAPS podem agendar atendimentos aos usuários para consultas com finalidade de acompanhamento da patologia ou prevenção, como por exemplo, consultas na área de ginecologia, obstetrícia, clínica médica, pediatria, odontologia, psiquiatria e também vacinas e acompanhamento de hipertensão e diabetes (BRASIL, 2013).

Quando há necessidade, os profissionais podem encaminhar os usuários para fazerem exames clínicos complementares de média e alta complexidade, especialidades médicas ou cirurgias. Os pacientes são encaminhados para uma lista de espera de disponibilidade de vagas do governo do estado, sendo que também é de responsabilidade do município (prefeitura) o atendimento (BRASIL, 2013).

As UAPS compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS e deve ser uma prioridade na gestão do sistema, porque, quando funciona adequadamente, a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde. A prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. A Atenção Primária à Saúde bem estruturada, reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia, uma vez que os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas unidades básicas de saúde, deixando os ambulatorios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em

maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes (BRASIL, 2009).

As Unidades Básicas de Saúde podem variar em sua formatação, adequando-se às necessidades de cada região. Podem ser: 1) Unidade de Saúde da Família: unidade pública específica para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam às diretrizes da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde. Quando a equipe funcionar em unidade não específica, deverá ser informado o serviço/classificação; 2) Posto de Saúde: unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico; 3) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior (BRASIL, 2009).

A assistência deve ser permanente e prestada por médicos generalistas ou especialistas nessas áreas. Pode ou não oferecer Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) realizados por unidades vinculadas ao SUS e pronto atendimento 24 horas; 4) unidade móvel fluvial: barco/navio, equipado como unidade de saúde, contendo no mínimo um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico; 5) unidade terrestre móvel para atendimento médico/odontológico: veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente; 6) unidade mista: unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista; 7) ambulatórios de unidade hospitalar geral: o município deve garantir em seu orçamento recursos para a construção, ampliação e reforma das suas unidades. O Ministério da Saúde (MS) destina, anualmente, via convênios (Fundo Nacional de Saúde), recursos que podem ser utilizados para esse fim (BRASIL, 2009).

3 INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS UAPS

A promoção de saúde envolve duas dimensões: a conceitual – princípios, premissas e conceitos que sustentam o discurso da promoção de saúde - e a metodológica – que se refere às práticas, planos de ação, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico. Apesar de ainda persistirem controvérsias na definição da promoção de saúde e confusões relativas a seus limites conceituais com a prevenção, desde a década de 1980 muitos autores vêm procurando desenvolver, clarificar e disseminar o discurso da promoção. Contudo, como bem expressam o mesmo não pode ser dito quanto à dimensão metodológica da promoção. Apesar de os princípios estarem razoavelmente desenvolvidos, permanece a dificuldade de traduzi-los em práticas coerentes, a ponto de as raras práticas que privilegiam a “nova promoção de saúde” se encontrar ainda dispersas e desarticuladas (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Com o objetivo de produzir saúde e não apenas tratar a doença, a Agência Nacional de Saúde busca uma mudança de paradigma, e desde 2004, tem estimulado as operadoras de planos privados de assistência à saúde a repensarem a gestão com vistas a contribuir para mudanças do modelo de atenção no qual haja incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (ANS, 2013).

A Agência define como programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aquele que contém um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam: a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações (ANS, 2013).

A promoção da saúde consiste em políticas, planos e programas de saúde pública com ações voltadas a evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças, a exemplo dos programas de educação em saúde que se propõem a ensinar a população a cuidar de sua saúde. Além disso, incentiva condutas adequadas à melhoria da qualidade de vida, distinguindo-se da atenção primária ou ações da medicina preventiva que identificam precocemente o dano e ou controlam a exposição do hospedeiro ao agente causal

em um dado meio-ambiente. Cada um desses elementos é determinado por um conjunto de características que lhe são atribuídas, na "Historia Natural da Doença", como, por exemplo, em relação à história natural da sífilis adquirida (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003):

- Fatores do Agente - características biológicas, pré-requisitos de unidade, baixa resistência;
- Fatores do Ambiente - geografia, clima, instabilidade familiar, baixo ingresso, moradia, facilidades inadequadas de recreação, facilidades diagnósticas;
- Fatores do Hóspede - idade, sexo, raça, desenvolvimento da personalidade, ética e educação sexual, promiscuidade, profilaxia.

O estilo de vida saudável contrapõe-se ao sedentarismo. O modelo teórico de explicação/intervenção denominado *promoção da saúde* substitui (redefinindo) aquele modelo triádico agente-hospedeiro-ambiente (tido como ecológico) por um esquema quadripolar constituído por: biologia humana, ambiente, estilo de vida e sistema de serviços de saúde. Mais eficaz, sobretudo para "dar conta" da elevação das doenças crônicas - degenerativas ou não transmissíveis que caracterizam o mundo moderno (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

O principal documento, pós "Declaração de Alma-Ata" (1978), com essas recomendações surgiu na Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde realizada em novembro de 1986 em Ottawa, Canadá onde a promoção da saúde foi definida como: o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Na tentativa de atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Observe-se a ênfase no sujeito coletivo - a comunidade e a "criação" (implícita) do conceito de empoderamento (*empowerment*) como o requisito de sua atuação para melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Após essa conferência se

sucederam algumas outras conferências internacionais sobre a "promoção da saúde" com contribuições específicas para as dificuldades encontradas seja na organização das comunidades (responsabilidade individual e social), nos instrumentos e condições para modificações do meio - ambiente como na administração dos recursos disponíveis para serviços de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A promoção da saúde é uma proposta pública mundial contemporânea na saúde pública disseminada pela Organização Mundial da Saúde desde 1984, constituindo-se como um novo paradigma e que este se contrapõe ao modelo flexneriano que se expressa através do individualismo (atenção individual), da especialização, da tecnologização e do curativismo na atenção à saúde, predominantes, até então, nas práticas de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Observa-se que a partir das últimas quatro décadas do século passado, que além do Brasil, em todo mundo teve-se um processo de transição que produz relevantes mudanças no perfil das doenças que atingem a população. Este processo denomina-se "Transição Demográfica". O resultado desse processo é a melhoria da qualidade de vida da saúde pública da população em geral. Resultando em uma significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários (MALTA *et al.*, 2006).

Observa-se a "Transição Epidemiológica", que tem como foco de estudo o novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde básicos, tais como as UAPS, um "modelo polarizado de transição". Esse modelo apresenta, para distintas regiões, o crescimento da morbimortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e a ocorrência, todavia alta, de doenças infecciosas. A Transição Epidemiológica, por sua vez, decorre da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, expressivos nas últimas décadas, entre outros fatores. Como último processo tem-se a "Transição Nutricional", que advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna (MALTA *et al.*, 2006).

Essas mudanças relatadas acima denotam uma nova e importante perspectiva com relação à saúde, a qual se enfoca na prevenção e na promoção a saúde. A partir desta mudança pode obter melhores índices de desenvolvimento humano. As transformações nos padrões de incidência das doenças têm imposto, constantemente, novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do campo da saúde como também para outros setores governamentais, cujas ações repercutem diretamente na ocorrência e tratamento dessas doenças (MALTA *et al.*, 2006).

As origens da promoção de saúde intimamente relacionada à vigilância à saúde e a um movimento de crítica à medicalização do setor, supõe uma concepção que não restrinja a saúde enquanto à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Busca-se incidir sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde. A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist. O médico historiador definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Essa definição original da promoção, que enfatiza os “fatores gerais” de determinação da saúde, difere da concepção difundida pelo Informe Lalonde, de 1974, que privilegiou os “fatores particulares”. Apesar disso, este relatório foi tido como um marco histórico no campo da Saúde Pública, por questionar oficialmente o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde. Lalonde destacara a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida. Propusera, então, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

O financiamento das ações de prevenção e promoção da saúde é um grande desafio. Doenças crônicas têm um valor muito elevado para o Sistema Único de

Saúde e por isso, se faz de extrema importância a prevenção, pois se não gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica. Para toda a sociedade, o número de mortes prematuras e de incapacidades faz com que o enfretamento das “novas epidemias”, causadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), demande investimentos significativos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável e do aumento na qualidade de vida do usuário (MALTA *et al.*, 2006).

O cenário epidemiológico brasileiro é complexo. Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se redução progressiva; em 2003, essas doenças já responderam por apenas 5% dessas mortes, aproximadamente. As doenças cardiovasculares, contudo, se representavam somente 12% das mortes na década de 30, são, atualmente, suas principais causas em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço de nossos óbitos. Em segundo lugar, estão os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violências. Diversos fatores impulsionaram essa mudança no padrão de mortalidade, inclusive a própria mudança demográfica do País. Houve redução da mortalidade precoce e aumento da expectativa de vida ao nascer. A pirâmide populacional brasileira em 1980, típica de países em desenvolvimento, tem sua base alargada e representa uma população jovem com queda bastante rápida na fecundidade, de 4,4 para 2,3 filhos por mulher. A pirâmide populacional do ano 2000 possui um achatamento da base e um alargamento dos estratos intermediários, devidos à redução proporcional da mortalidade infantil e ao crescimento da população de idosos. A esperança de vida ao nascer tem aumentado, de forma progressiva. Em 1980, encontrava-se no patamar de 62,6 anos e, para o ano de 2003, estima-se que será de 71,3 anos – com diferenciais entre classes sociais, macrorregiões e Estados (MALTA *et al.*, 2006, p. 48).

O monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os de natureza comportamental como: manter-se em uma dieta saudável, evitar o sedentarismo e dependência química tanto de substâncias lícitas como o tabaco, álcool e quanto ilícitas, cujas evidências científicas de associação com doenças crônicas estejam comprovadas, é uma das ações mais importantes da vigilância. Sobre estas evidências observadas, podem-se implementar ações preventivas de maior poder custo-efetivo. No ano 2000, o Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (Cenepi/Funasa), sucedido pela atual Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), iniciou,

em parceria com o Inca/MS, o planejamento do primeiro inquérito nacional para fatores de risco de DCNT. Concluído em 2004, esse inquérito teve seus resultados publicados, e como consequência, o estabelecimento de uma linha de base para monitoramento dos fatores de risco em nível nacional (MALTA *et al.*, 2006).

Em função de suas peculiaridades e possibilidades existentes de prevenção e controle, a partir de 2000, no antigo Cenepi/Funasa, iniciaram-se ações pela estruturação dessa área, consolidadas na criação da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT)/SVS/MS, em 2003. A Coordenação geral tinha como principal missão a criação e implantação da vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) em todas as esferas do sistema de saúde. Iniciativas semelhantes de vigilância dessas doenças já ocorriam em alguns Estados, como Goiás e São Paulo. No Ministério da Saúde, o Inca executava ações de vigilância, controle e prevenção do câncer, centradas, principalmente, em sistemas de registros para estimativas de morbidade da doença; e em programas específicos, entre os quais se destaca o Programa de Controle do Tabagismo e programas para abordagem de neoplasias passíveis de prevenção por diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e do câncer de mama (MALTA *et al.*, 2006).

A realização do III Fórum Global da OMS para Prevenção e Controle de DCNT na cidade do Rio de Janeiro, em novembro de 2003, potencializou o processo de construção dessa vigilância. O evento foi importante não só para sensibilizar quanto à oportunidade, como também para promover a capacitação técnica dos gestores das Secretarias de Estado da Saúde na vigilância de DCNT. No Plano Nacional da Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil, da atual gestão do Ministério da Saúde, foi definido que: “O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais DCNT constitui uma prioridade. Um dos alicerces da atuação nesse contexto consistirá na vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam, o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física” (MALTA *et al.*, 2006).

Em 2004, outros marcos foram estabelecidos: em novembro daquele ano, a integração da área de prevenção de violências da SAS à CGDANT; e em dezembro, igual integração, agora das ações de promoção a saúde, de competência da Secretaria Executiva do Ministério. No ano de 2004, foram realizados três fóruns regionais de vigilância de DANT, nas Regiões Norte e Centro-Oeste, Nordeste,

Sudeste e Sul, respectivamente, aos quais acudiram técnicos de vigilância epidemiológica de todas as Secretarias de Estado e de Secretarias Municipais de Saúde de Capitais. Esses fóruns serviram ao debate dos principais temas da área, dos avanços obtidos, das dificuldades e desafios para implementação dessa vigilância (MALTA *et al.*, 2006).

Em setembro de 2005, realizou-se o I Seminário Nacional de DANT e Promoção da Saúde, com a participação de gestores estaduais e municipais, quando foi pactuada a Agenda Nacional de DCNT, pautada em quatro eixos de ação. Os três primeiros, focados na diminuição do hábito de fumar, no fomento à alimentação saudável e em práticas de atividade física, foram (a) a consolidação da estrutura do sistema de vigilância, no aperfeiçoamento e na ampliação das atividades de monitoramento das doenças e de seus fatores de risco e proteção, tanto para a população geral quanto para grupos populacionais mais vulneráveis, (b) o fortalecimento da gestão do sistema de vigilância, na sensibilização dos gestores de saúde e na capacitação de pessoas na vigilância de DANT, e (c) o desencadeamento de intervenções e fortalecimento de parcerias intersetoriais para prevenção de DANT e promoção da saúde. O quarto eixo da agenda (d) constituía o desenvolvimento de estudos, pesquisas e análise de DANT, mediante parcerias com universidades (enquanto centros colaboradores) e avaliação de efetividade das intervenções propostas (MALTA *et al.*, 2006).

Prevenção primária é o conjunto de ações que visam evitar a doença na população, removendo os fatores causais, ou seja, visam à diminuição da incidência da doença. São exemplos dessas ações: a vacinação, o tratamento de água para consumo humano, a educação sobre os problemas decorrentes da postura inadequada, as ações para prevenir a infecção por HIV (como ações de educação para a saúde e/ou distribuição gratuita de preservativos, ou de seringas descartáveis aos tóxicos dependentes) (MALTA *et al.*, 2006).

A prevenção primária em fisioterapia auxilia o paciente a atenuar o quadro clínico traçado no diagnóstico a partir do relato do paciente. Cabe ao fisioterapeuta estar atento a cada procedimento na história da moléstia atual HMA, prezando uma anamnese aprofundada ao longo do tempo de tratamento. Dessa maneira, a prevenção primária ganha um prognóstico de saúde ampliada (MALTA *et al.*, 2006).

4 GRUPOS E OS BENEFÍCIOS PARA DOENÇAS CRÔNICAS

Tem-se como definição de um grupo em especial o grupo operativo que se constitui como um processo dirigido de aprendizado construtivo para a mudança de prática, hábitos ou estilo de vida de um grupo determinado de pessoas e que pressupõe a construção de vínculo entre os seus integrantes. O grupo deve ter a predefinição de sua duração, de seus temas, de suas tarefas e de seus objetivos, os quais devem ser mensuráveis (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

O Grupo Operativo justifica-se frente à vigência do atual processo de comunicação estabelecido entre os usuários e a ruptura de papéis estereotipados: o de quem é cuidado, para o de quem cuida. Também deve ser ressaltada a relevância da organização de estratégias de escuta para a necessidade das pessoas e de espaços qualificados aonde essas possam promover trocas horizontalizadas de conhecimentos e experiências sobre qualidade de vida, os ciclos de vida e o processo saúde-doença (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

Observa-se extrema importância que se escute as necessidades individuais das pessoas dentro do grupo. Estes espaços onde as pessoas possam falar sobre seus problemas e buscar soluções, conjuntamente com os profissionais, de forma que a informação circule, da experiência técnica à vivência prática das pessoas que adoecem (DIAS, s.d).

Na área da saúde, é frequente a organização de grupos socioeducativos, como modalidade de assistência à população. Esses grupos têm por finalidade promover a participação das pessoas para assumirem gradativamente seu papel de sujeitos na melhoria de suas condições de vida. Ao considerar que todo ato de educar e aprender é um processo contínuo de indagação, reflexão e questionamento a partir de verdades coletivas que são articuladas e compartilhadas (SILVA; SOARES, 2012). Cumpre-se, assim, uma exigência referendada pelas diretrizes que amparam as políticas públicas no país concernentes a saúde, voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O principal objetivo do Grupo Operativo é fortalecer a corresponsabilização dos seus integrantes no seu cuidado em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos participantes por meio do fortalecimento do autocuidado e autonomia. Adicionalmente, esta tecnologia permite que a informação circule da experiência técnica dos facilitadores à vivência prática dos seus integrantes (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

Os membros do grupo entendem que são corresponsáveis por sua saúde, não sendo uma função apenas do profissional da UAPS e se faz necessária a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Tanto para o grupo como um todo, quanto para os membros que o compõe é relevante traçar metas e observá-los atingi-las, fazendo um panorama dos encontros anteriores, fornecendo um *feedback* do que se alcançou e do que se pretende atingir como meta (DIAS, s/d).

Em relação à assistência em saúde prestada no âmbito da atenção básica, constata-se que as atividades de grupo e ações de saúde, geralmente organizadas de acordo com demandas programáticas, são cada vez mais atuais e frequentes. Assim, as modalidades se diversificam para atender usuários hipertensos, diabéticos, mulheres, gestantes, idosos, entre outros, no sentido de atuar na complementaridade terapêutica (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Essa tecnologia está indicada para as pessoas que precisam e desejam mudar os seus hábitos de vida, que apresentem condições biopsicossociais para a interação produtiva em grupo: 1) **Equipe de assistência à saúde:** Distribuição de tarefas e responsabilidades, tendo ao menos dois facilitadores habilitados e cerca de 10 a 15 usuários para a composição do grupo. 2) **Equipe de assistência à saúde:** Definição e agendamento de local adequado, preferencialmente aonde haja cadeiras móveis. 3) **Facilitadores e integrantes:** Definição das regras de organização do grupo e contrato junto aos integrantes, como agenda, horários e compromissos de frequência aos encontros. 4) **Integrantes, orientados pelos facilitadores:** Operacionalização da tarefa pelos integrantes por meio de um disparador temático, a partir do qual o grupo passa a operar ativamente como protagonista. 5) **Integrantes, orientados pelos facilitadores:** Elaboração de um plano de cuidado ou de desenvolvimento pessoal pertinente ao tema abordado, com metas individuais

(p. ex: mudança de estilo de vida) (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

O novo processo de comunicação estabelecido entre os pacientes e a ruptura de papéis estereotipados - o de quem é cuidado, para o de quem cuida - foram os elementos referenciais do processo de evolução desses enfermos. Com isto passou-se a estudar os fenômenos grupais a partir dos postulados da psicanálise, da teoria de campo de Kurt Lewin e da teoria de Comunicação e Interação. Ocorrem diversos movimentos grupais, dentre estes se destacam: 1) A ressonância que é o fenômeno comunicacional onde a fala trazida por um membro do grupo vai ressoar em outro, transmitindo um significado afetivo equivalente, ou seja, o sujeito é evocado a partir da experiência de outrem. 2) O fenômeno do espelho (galeria de espelhos): cada um pode ser refletido nos outros e pelos outros; 3) A função de "continente": o grupo coeso exerce a função de ser continente das angústias e necessidades de cada um de seus integrantes. 4) O fenômeno da pertencência: "o quanto cada indivíduo necessita ser reconhecido pelos demais do grupo como alguém que, de fato, pertence ao grupo. E também alude à necessidade de que cada um reconheça o outro como alguém que tem o direito de ser diferente e emancipado dele"; 5) A discriminação: a capacidade de fazer a diferença entre o que pertence ao sujeito e o que é do outro; 6) A comunicação (verbal ou não verbal): mensagens são enviadas e recebidas, podendo haver distorção e reações da parte de todos os membros do grupo (DIAS, s/d).

O vínculo é um processo motivado que tem direção e sentido, isto é, tem um porquê e um para quê. Se o sujeito não se sente vinculado ao grupo dificilmente retornará ao mesmo. Identificamos se o vínculo foi estabelecido, quando ocorre uma mútua representação interna. Sendo que este movimento de vinculação tem que ser dinâmico no que diz respeito ao modo pelo qual cada integrante interage a partir de suas próprias necessidades que se constituem em um polo norteador de conduta (DIAS, s/d).

Um grupo obviamente necessita de seus integrantes como também das pessoas que irão conduzir o mesmo. Os integrantes entram em tarefa por meio de um disparador temático, a partir do qual, o grupo passa a operar ativamente como protagonista, ou seja, é função de quem conduz o grupo apenas organizá-lo, buscando uma horizontalidade nas ações. É importância que todos os integrantes

tenham seu momento de fala e ação dentro do grupo, pois estes comparecem com sua história pessoal consciente e inconsciente, isto é, com sua verticalidade. Na medida em que se constituem em grupo, passam a compartilhar necessidades em função de objetivos comuns e criam uma nova história, a horizontalidade (DIAS, s/d).

Observa-se que a comunicação é uma habilidade necessária a todo coordenador de grupo, sendo inclusive condição essencial para produzir uma intersubjetividade fecunda nos processos de aprendizado. Entretanto, nem sempre o coordenador consegue pensar a prática comunicação articulada aos mecanismos interacionais e de compartilhamento dos integrantes envolvidos. Coexiste ainda nesses grupos uma prática comunicativa verticalizada, direcionada a aspectos individuais e biológicos de determinadas doenças ou fatores de risco, o que promove a naturalização de estados, situações e comportamentos (SILVA; SOARES, 2012).

Nem sempre as ações do coordenador concorrerem para a concretização de uma comunicação que promova o diálogo no grupo na perspectiva de alcance dos objetivos. Há coordenadores, entretanto, que buscam novas formas de se relacionar com o outro, a partir de práticas comunicativas que sinalizam um novo processo de trabalho no qual reconhecem as pessoas como produtores de construção e troca de novos significados sobre a saúde. Cabe ao coordenador apropriar-se de conhecimento técnico e científico sobre a dinâmica social em que vive o grupo, pois há uma demanda crescente nos serviços de saúde dessa modalidade de trabalho. De igual modo, é importante promover o espaço social da aprendizagem, ou seja, a interação, o diálogo educacional e o intercâmbio de ideias e experiências como elementos essenciais do processo de construção do conhecimento (SILVA; SOARES, 2012).

É fato a escassez de elementos indicativos para se conhecer a efetividade dessas atividades. Mesmo diante disto, nos municípios os trabalhos de grupo estão em franca implementação, representando um tipo de assistência em evidência nos serviços básicos de saúde. Observa-se uma falta de fundamentos teóricos e meios administrativos reguladores dessas práticas, que as tornam completamente distintas nos locais em que acontecem. No caso dos grupos na rede básica de saúde, há certa banalização dessas atividades, tornando-as mais sujeitas a situações desfavorecedoras. De fato, não se pode considerar qualquer totalidade/coesão de pessoas nesses processos e que, nessa lógica, sejam consideradas um grupo.

Buscar a horizontalidade, um ajuste mútuo de ideias e pensamentos é imprescindível e constitui a maneira do grupo expressar-se como um todo, desde que todos se sintam pertencentes à totalidade grupal (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Em linhas gerais os grupos operativos possuem de 10 a 15 sujeitos; em um espaço físico adequado; com horários pré-estabelecidos de início e término, periodicidade e frequência e os encontros são pré-estabelecidos com intervalo semanal entre as reuniões. Os membros que possuem muitas faltas, não conseguem desenvolver na mesma sequência de todo o grupo (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Cabe ressaltar a necessidade de que os participantes sejam os mesmos do início ao fim e os facilitadores sejam os técnicos da equipe. Além disso, este grupo deve ter um foco de atuação como mudança dos hábitos de vida com objetivo de melhora da qualidade de vida e redução do risco de adoecimento. Nas UAPS estes grupos tendem a ser mais focados na saúde integral como a física, mental, espiritual, familiar, psicológica e social e qualidade de vida, em busca da saúde integral do sujeito. Para tanto, o indivíduo necessita de mudanças em sua rotina e hábitos de vida, incentivo para o autocuidado e à autonomia, e desenvolver planos e metas em sua vida (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

No âmbito da mudança, o sujeito precisa entender a importância da alteração de comportamento em sua vida. O que seria mudar, o porquê de mudar e como mudar. Cabe ao profissional que conduz o grupo informação as ações necessárias para executar a meta do indivíduo. Em relação aos aspectos da saúde, os hábitos desenvolvidos ao longo da vida têm uma função determinante na qualidade da saúde, como por exemplo, a qualidade do sono, a diminuição do stress, a frequência na realização de exercícios físicos e alimentação regrada (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Ao se deparar a teoria com as informações existentes sobre os grupos. Observa-se a real efetividade das atividades de grupo como assistência resolutiva, mas também se pode visualizar sua utilidade para responder ao elevado número de procura por atendimentos, configurando-se em uma estratégia de demanda. Por outro lado, constata-se que a potencialidade terapêutica existe e repousa na possibilidade de promover saúde e educação em contextos que permitem “a articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o

enfrentamento dos problemas de saúde”, além de resgatar elementos capazes de implementar a integralidade na assistência, melhorando também as relações entre profissionais e usuários dos serviços. O dinamismo que envolve os grupos, considerando as teorizações da promoção e educação à saúde, pode representar alternativa operacional necessária para a afirmação desses preceitos na prática (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011, p. 978).

Dentre as estratégias de educação em saúde, é possível evidenciar as atividades de grupo como uma forma de sistematizar a assistência. Já sua funcionalidade estaria atrelada, além dos aspectos de tratamento, a uma forma de manejar o elevado número de procura por atendimentos, excluindo dos mesmos os chamados agravos externos e/ou atendimentos de urgência/emergência (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

De outro modo, as atividades educativas, e nesse contexto, os grupos podem servir para amenizar a dominação exercida pelos serviços de saúde que, apesar de manterem como meta a difusão de informações que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, limitam-se à transferência de informações para a população sobre determinados procedimentos, com caráter coercitivo e traços de autoridade e prescrição (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Outro ponto a considerar é o cenário da atenção básica em saúde, tal como se apresenta. Mesmo com as inovações no que se refere aos modelos assistenciais, muitas vezes a potencialidade de uma atividade assistencial inovadora é revertida em favor de formas clássicas de atendimento e suas concepções estagnantes. Essas compreendem, principalmente, ações programáticas planejadas em torno do núcleo da assistência médica, pressupondo um agir centrado em uma única categoria profissional. Nas diretrizes da lei pela qual é regulamentada a Saúde no Brasil – Sistema Único de Saúde (SUS) – encontra-se, em uma de suas instâncias a operacionalização do sistema de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, buscando com isso, uma descentralização político-administrativa no que se refere a esse sistema (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Nesse âmbito, a atenção básica representa o principal meio pelo qual a população em geral acessa o sistema de saúde, sendo composta por unidades básicas de saúde. Essas são espaços alocados de maneira a cobrir todo o território

de uma esfera política municipal, conforme os conceitos da descentralização/municipalização da saúde ocorrida nos anos noventa no Brasil (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Nessa perspectiva, o que se constatou foram serviços de saúde que se apresentavam organizados territorialmente, de modo a cobrir toda a área do município e atender os usuários por meio do critério da adscrição, o que confere o acesso restrito conforme local de moradia. Ao acessar essas unidades, um ponto controverso da abordagem foi a denominação a ser utilizada para explicar o que seriam esses grupos, já que tratava justamente desse tipo de atendimento (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

No panorama da saúde, pode-se dizer que a composição atual das estratégias de grupos, utilizadas pelos serviços de saúde, foi influenciada por intervenções psicoterapêuticas grupais, a partir dos anos vinte. Há registros dessa modalidade assistencial em literatura científica, ultrapassando cem anos atrás, podendo-se identificar alguns marcos importantes, como o surgimento de organizações que se tornaram muito conhecidas com o uso de técnicas grupais, dentre elas, a dos “Alcoólicos Anônimos”, iniciando sua atuação a partir de 1935. Desde então, a maioria das publicações científicas sobre grupos advém desse período e reúne uma série de estudiosos, em grande parte psicanalistas, como Jacob L. Moreno, Kurt Lewin (psicólogo), Foulkes, Pichón-Rivière e Bion. Estudando a evolução histórica quanto ao surgimento dos grupos psicoterápicos, afirma-se que “diversas técnicas desta modalidade de tratamento têm sido desenvolvidas para atendimento de populações específicas de pacientes, com as mais diversas condições médicas e psicossociais”. Joseph H. Pratt e Jacob Levy Moreno, tendo como foco a psiquiatria, foram os precursores da psicoterapia de grupo, tendo se dedicado aos estudos e participado do enriquecimento dessas técnicas. O crescimento do emprego desse método em psiquiatria decorreu na década de vinte, particularmente em pacientes internados, sendo, inicialmente, classificado como tratamento ou instrução em massa, aula e terapia coletiva (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011, p. 980).

A relevância também está na assistência a doentes de diversas condições de saúde, atendidos em âmbito ambulatorial ou hospitalar, assim como à população em geral, assistida por organizações comunitárias de autoajuda (SILVA; SOARES, 2012).

Avançando nessa análise, é válido resgatar duas classificações gerais, encontradas em literatura específica: grupos operativos e grupos psicoterápicos.

Nesse caso, a técnica de grupo operativo centraliza-se em uma tarefa proposta em nível consciente, ou seja, “somente nas situações em que fatores inconscientes inter-relacionais ameaçarem a integração ou evolução exitosa do grupo, é que caberão eventuais intervenções de ordem interpretativa”. Quanto às finalidades, esse tipo de grupo cobre quatro diferentes campos de atuação que podem, por vezes, interpor suas características: ensino-aprendizagem (treinamento, reflexão); institucionais (escolas, associações de classe, sindicatos, igrejas); comunitários (grupos de gestantes, crianças, pais, líderes comunitários) e terapêuticos (situações patológicas orgânicas) (SILVA; SOARES, 2012).

Os grupos operativos contribuem com um importante aporte conceitual teórico, a partir das ideias do seu maior mentor - Enrique Pichón-Rivière. Esse psicanalista argentino elaborou um conceito de grupo a partir de suas observações com pacientes hospitalizados. Nesse contexto, identificou as características do processo grupal, delimitando três momentos da tarefa ou do objetivo grupal: a pré-tarefa, a tarefa e o projeto são momentos que se apresentam em uma sucessão evolutiva e sua aparição e interjogo constante podem situar-se diante de cada situação ou tarefa que envolva modificações no sujeito (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Outras concepções indicam ainda que o grupo é construído em meio a um movimento que vai da serialidade à grupalidade. Na serialidade (série de pessoas), há objetivos em comum; porém, cada um está centrado em suas próprias necessidades. Avança-se para a grupalidade, quando as necessidades tornam-se comuns a todos e as pessoas se articulam para concretizar esses objetivos. Os autores referem ainda que essa passagem ocorre em torno da noção de “tarefa” (resgatada dos conceitos de Pichón-Rivière); o grupo desenvolve em conjunto e implica vínculos de intensa reciprocidade entre seus integrantes (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

5 CUIDADOS QUE PODEM SER FORNECIDOS PARA DIABETES E HIPERTENSÃO NAS UAPS

O envelhecimento populacional apresenta-se como um fenômeno global, sendo associado aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. A hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus são agravos independentes e frequentemente sinérgicos cuja combinação redundando em grave comprometimento à saúde. Ambos necessitam de acompanhamento em longo prazo; exigem mudança de hábitos e, por vezes, o uso de medicação por toda a vida (SOUZA; GARNELO, 2008).

Diabetes Mellitus é uma doença do metabolismo da glicose causada pela falta ou má absorção de insulina, hormônio produzido pelo pâncreas e cuja função é quebrar as moléculas de glicose para transformá-las em energia, a fim de que, seja aproveitada por todas as células. A ausência total ou parcial desse hormônio interfere não só na queima do açúcar como na sua transformação em outras substâncias (proteínas, músculos e gordura) (ASSUNÇÃO *et al.*, 2001).

O Diabetes Mellitus atinge em todo o mundo grande número de pessoas de qualquer condição social. Essa enfermidade representa um problema pessoal e de saúde pública com grandes proporções quanto à magnitude e à transcendência, apesar dos progressos no campo da investigação e da atenção aos pacientes (ASSUNÇÃO *et al.*, 2001).

O Diabetes Mellitus está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. Além disso, pode causar cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (ASSUNÇÃO *et al.*, 2001).

Ensaio clínico randomizado, no entanto, têm demonstrado que pacientes diabéticos mantidos em condições de controle clínico e metabólico apresentam retardo no aparecimento e/ou na progressão de complicações crônicas. No Brasil, o estudo Multicêntrico sobre Prevalência de Diabetes Mellitus encontrou uma prevalência geral da doença de 7,6% em pessoas de 30 a 69 anos. Destas, metade não tinha conhecimento de ser portadora da doença e, das previamente diagnosticadas, 22% não faziam nenhum tratamento. O manejo do diabetes deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário. Na prestação de

serviços apropriados para os diabéticos, é preciso levar em consideração os principais componentes do sistema de saúde, especialmente a determinação das necessidades e dos recursos locais; o consenso sobre as normas de atenção; os mecanismos para aplicar os últimos avanços das investigações; a educação e a utilização de todos os profissionais de saúde; e a contínua avaliação da efetividade e da qualidade do tratamento dos pacientes (ASSUNÇÃO *et al.*, 2001, p. 49).

As informações a partir das quais pode-se tecer inferências sobre a qualidade do cuidado podem ser classificadas como provenientes de três categorias: estrutura, processo e resultado. A estrutura compreende os recursos materiais e humanos disponíveis no serviço, assim como sua própria estrutura organizacional; o processo engloba o que de fato está sendo feito em termos de manejo dos problemas apresentados pelos pacientes; o resultado significa o efeito dos cuidados no estado de saúde dos pacientes, resultante da interação desses com o serviço (ASSUNÇÃO *et al.*, 2001).

Na verdade, não se trata de uma doença única, mas de um conjunto de doenças com uma característica em comum: aumento da concentração de glicose no sangue provocado por diferentes situações (ASSUNÇÃO *et al.*, 2001).

a) Diabetes tipo I – o pâncreas produz pouca ou nenhuma insulina. A instalação da doença ocorre mais na infância e adolescência e é insulino dependente, isto é, exige a aplicação de injeções diárias de insulina;

b) Diabetes tipo II (DM-2) – as células são resistentes à ação da insulina. A incidência da doença que pode não ser insulino dependente, em geral, acomete as pessoas depois dos 40 anos de idade;

c) Diabetes gestacional – ocorre durante a gravidez e, na maior parte dos casos, é provocado pelo aumento excessivo de peso da mãe;

d) Diabetes associados a outras patologias como as pancreatites alcoólicas, uso de certos medicamentos, etc.

O Ministério da Saúde, ao propor o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, reconhece a importância da Atenção Básica, na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção programática denominada HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) que possibilita o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade. Ainda sugere que o cuidado ofertado deva ir além do binômio queixa - conduta, que permita identificar assintomáticos,

monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo (SOUZA; GARNELO, 2008).

Na implementação da Atenção Básica no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) se destacou como uma via de extensão de cobertura e de vigilância em saúde dirigida a grupos em situação de vulnerabilidade. Nos últimos anos, o programa foi redimensionado na forma de um conjunto de ações estratégicas capazes de reordenar o modelo assistencial e viabilizar a integração entre as diversas formas de cuidados e níveis de atenção no SUS. Com a finalidade de viabilizar tal objetivo, diversas atividades, dentre as quais, uma pesquisa avaliativa das ações do programa nos municípios com mais de 100 mil habitantes, foram desenvolvidas em todo o território nacional, sob a coordenação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), voltado para o apoio à reestruturação da Estratégia Saúde da Família (SOUZA; GARNELO, 2008).

Dentre os sintomas mais comuns, podem-se destacar os seguintes (SOUZA; GARNELO, 2008):

- * Poliúria – a pessoa urina demais e, como isso a desidrata, sente muita sede (polidipsia);

- * Aumento do apetite;

- * Alterações visuais;

- * Impotência sexual;

- * Infecções fúngicas na pele e nas unhas;

- * Feridas, especialmente nos membros inferiores, que demoram a cicatrizar;

- * Neuropatias diabéticas provocadas pelo comprometimento das terminações nervosas;

- * Distúrbios cardíacos e renais.

As manifestações clínicas mais frequentes, decorrentes do aumento da glicemia são poliúria, nictúria, polidipsia, boca seca, polifagia, emagrecimento rápido, fadiga, fraqueza, tonturas, dentre outras. Caso não haja o controle dos índices glicêmicos, além dos sinais e sintomas citados, o paciente pode evoluir para uma cetoacidose diabética e coma hiperosmolar (DURAN *et al.*, 2010).

As complicações do DM-2 constituem um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), para as sociedades científicas e associações de portadores

da doença. Além disso, necessitam de intervenção imediata, pela alta prevalência na população brasileira, pelo grau de incapacidade, pela alta taxa de internações prolongadas, incapacidades, invalidez, aposentadoria precoce e morte evitável, as quais causam grande prejuízo ao sistema público de saúde (DURAN *et al.*, 2010).

A prevenção do Diabetes Mellitus e de suas complicações é hoje uma das prioridades da saúde pública, considerando o fato de ser uma das principais doenças crônicas que atingem a população mundial e a elevada carga de morbimortalidade associada na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção dos fatores de risco, tais como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados, visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária). Dentre as diferentes classes clínicas da doença, destaca-se o DM- 2. De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores deste tipo de diabetes em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil em 2006, havia cerca de 6 milhões de portadores, e este número deve alcançar 10 milhões em 2010 (DURAN *et al.*, 2010).

Trata-se de uma enfermidade sem cura, porém com possibilidade de tratamento com base em orientação nutricional, atividade física, medicamentos hipoglicemiantes orais e insulina. Um distúrbio metabólico é caracterizado pela deficiência relativa da produção de insulina e uma diminuição na ação desta. O início geralmente é insidioso, sendo geralmente associado a fatores de risco e à história familiar. Vários aspectos têm contribuído para o aumento do número de portadores de DM-2, destacando-se, segundo Duran *et al.* (2010), a maior taxa de urbanização e de industrialização, o aumento do sedentarismo, as alterações da estrutura da dieta, a falta de atividade física e o conseqüente aumento da obesidade.

Dentre os fatores que são considerados de risco para o desenvolvimento do DM-2, encontram-se a idade (acima de 45 anos); o excesso de peso; o sedentarismo; a hipertensão arterial; as alterações nas taxas de colesterol e triglicérides sanguíneos e a história familiar de diabetes, com destaque ao sobrepeso e sedentarismo. Estudos têm demonstrado que o incremento do Índice de

Massa Corporal (IMC) aumenta a incidência ou o risco de se desenvolver diabetes (DURAN *et al.*, 2010).

O tratamento do Diabetes exige, além do acompanhamento médico especializado, os cuidados de uma equipe multidisciplinar. Procure seguir as orientações desses profissionais. A dieta alimentar deve ser observada criteriosamente. Como o Diabetes compromete a circulação nos pequenos vasos sanguíneos (retina e rins) e nos grandes vasos (coração e cérebro), o ato de fumar pode acelerar o processo e o aparecimento de complicações. O controle da pressão arterial e dos níveis de colesterol e triglicérides deve ser feitos com regularidade. Medicamentos à base de cortisona aumentam os níveis de glicose no sangue. Não se automedique. O diagnóstico precoce é o primeiro passo para o sucesso do tratamento. O ideal é que os sintomas não sejam minimizados, e percebendo qualquer alteração o paciente procure logo um serviço de saúde (DURAN *et al.*, 2010).

O Diabetes não pode ser dissociado de outras doenças glandulares. Além da obesidade, outros distúrbios metabólicos (excesso de cortisona, do hormônio do crescimento ou maior produção de adrenalina pelas suprarrenais) podem estar associados ao Diabetes (DURAN *et al.*, 2010).

O Diabetes tipo I é também chamado de insulino dependente, porque exige o uso de insulina por via injetável para suprir o organismo desse hormônio que deixou de ser produzido pelo pâncreas. A suspensão da medicação pode provocar a cetoacidose diabética, distúrbio metabólico que pode colocar a vida em risco (DURAN *et al.*, 2010).

O DM-2 não depende da aplicação de insulina e pode ser controlado por medicamentos ministrados por via oral. A doença descompensada pode levar ao coma hiperosmolar, uma complicação grave que pode ser fatal (DURAN *et al.*, 2010).

Dieta alimentar equilibrada é fundamental para o controle do Diabetes. A orientação de uma nutricionista e o acompanhamento de psicólogos e psiquiatras pode ajudar muito a reduzir o peso e, como consequência, cria a possibilidade de usar doses menores de medicamentos. Além disso, a atividade física é de extrema importância para reduzir o nível da glicose nos dois tipos de diabetes (DURAN *et al.*, 2010).

O tratamento do DM-2 é especialmente uma mudança no comportamento e estilo de vida para hábitos mais saudáveis, principalmente relacionados à alimentação e prática de atividade física, que prolongam a expectativa e a qualidade de vida. No entanto, nem sempre essas mudanças são realizadas, o que acarreta a evolução da doença, com o desenvolvimento de várias complicações que acabam por provocar alterações negativas na qualidade de vida de seus portadores (DURAN *et al.*, 2010).

Cabe investir no incentivo à prática da atividade física não somente nos pacientes com DM-2, mas em toda a população. Neste cenário, sobressai a promoção de saúde que tem como estratégia melhorar as condições de saúde, ressaltando a importância da capacitação do portador da doença, sua família e da comunidade, incluindo a participação dos mesmos no controle desse processo, além da preocupação com as medidas relacionadas ao ambiente físico e estilo de vida (DURAN *et al.*, 2010).

Uma vez que o DM-2 exige do indivíduo um manejo eficaz de atividades de autocuidado, é necessário que o profissional de saúde, ao realizar seu plano de cuidado, considere os aspectos individuais do cliente, a fim de que juntamente com ele consiga encontrar, medidas adequadas para promover sua saúde, pois está lhe transmitindo um conhecimento que até então pode ser que o paciente não tenha tido acesso. Dessa forma, para alcançar um potencial elevado de saúde, por meio de estímulo de adoção de hábitos saudáveis, devem-se considerar fatores pessoais dos indivíduos, tais como o comportamento em situações de saúde/ doença, percepções acerca da situação vivenciada ou mesmo autocontrole de suas vidas (DURAN *et al.*, 2010).

A família e os amigos influenciam tanto no controle da doença como no seguimento do tratamento, da dieta e na participação em um programa regular de atividade física. Essas constatações ressaltam a necessidade de uma melhor capacitação dos profissionais de saúde, como elemento técnico capaz de viabilizar as orientações aos portadores de DM que transcenda o tratamento puramente medicamentoso, considerando que a ausência de uma equipe multiprofissional leva à vulnerabilidade dos serviços de saúde, quanto à adoção dos hábitos de vida saudáveis preconizado pela Organização Mundial de Saúde (DURAN *et al.*, 2010).

Hipertensão é uma doença democrática que acomete crianças, adultos e idosos, homens e mulheres de todas as classes sociais e condições financeiras. Popularmente conhecida como “pressão alta”, está relacionada com a força que o sangue faz contra as paredes das artérias para conseguir circular por todo o corpo. O estreitamento das artérias aumenta a necessidade de o coração bombear com mais força para impulsionar o sangue e recebê-lo de volta. Como consequência, a hipertensão dilata o coração e danifica as artérias (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

A hipertensão arterial é uma doença crônica de alta prevalência no Brasil e no mundo. Estudos americanos apontam que até os 40 anos a prevalência é próxima a 10% (20% para a raça negra), até os 50 anos chega a 20% (40% para a raça negra), após 60 anos ultrapassa os 40%, atingindo 60% após 70 anos. Estudos mais recentes com a população brasileira demonstram uma prevalência de 26% da população geral adulta, e aproximadamente 50% da população idosa, variando de acordo com a localidade, e em algumas regiões essas taxas podem chegar a até 44% (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

Os valores da pressão arterial não são sempre os mesmos durante o dia. Em repouso, apresenta valores iguais ou acima de 14 por 9 (140mmHg X 90mmHg). Hipertensos têm maior propensão para apresentar comprometimentos vasculares, tanto cerebrais, quanto cardíacos. Hipertensão arterial é doença traiçoeira, só provoca sintomas em fases muito avançadas ou quando a pressão arterial aumenta de forma abrupta e exagerada. Algumas pessoas, porém, podem apresentar sintomas, como dores de cabeça, no peito e tonturas, entre outros, que representam um sinal de alerta (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

Sabe-se que, a causa primária para a maioria dos casos de hipertensão arterial é desconhecida, uma vez que apenas 5% dos pacientes possuem pressão alta por motivos secundários a outras patologias (renais, tireoidianas, hipofisárias, adrenais). Índices elevados de pressão arterial ao longo dos anos podem causar lesões em diversos órgãos-alvo (olhos, rins, coração e cérebro, por exemplo), devido à agressão ao endotélio vascular pela alta pressão nas pequenas artérias dos órgãos. Em muitos indivíduos a hipertensão se manifesta associada a outras patologias, o que aumenta o padrão de morbidade da mesma (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

Como existe nítida relação entre pressão alta e aumento do peso corporal, perder 10% do peso corpóreo é uma forma eficaz de reduzir os níveis da pressão. Por exemplo, a cada 1kg de peso eliminado, a pressão do hipertenso cai de 1,3mmHg a 1,6mmHg em média (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

Médicos de família são capacitados para identificar os casos que necessitam de outros níveis de atenção à saúde, mas a maioria dos hipertensos consegue controlar-se na Atenção Primária à Saúde (APS). Na assistência integral à saúde é necessário tratar o indivíduo como um todo e a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) é que se insere neste contexto de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

A ampliação das ações com esse grupo de risco deve ser preconizada, em virtude do custo-benefício do controle da hipertensão arterial (consultas periódicas, grupos educativos, visitas domiciliares) em detrimento do custo do tratamento dos agravos (hemodiálise, cirurgias de reperfusão em infarto cardíaco, tratamento da retinopatia hipertensiva, internações, fisioterapia, etc.). Percebe-se que os gastos em saúde são minimizados se a intervenção for feita na atenção primária, e não na secundária ou terciária, havendo possibilidade de promover melhor qualidade de vida para a comunidade (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

Se o indivíduo tem a pressão arterial discretamente aumentada e não consegue controlá-la fazendo exercícios, reduzindo a ingestão de bebidas alcoólicas e perdendo peso, ou se já tem os níveis mínimos mais elevados (11 ou 12 de pressão mínima), é necessário introduzir medicação para deixar os vasos mais relaxados (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

Todos os medicamentos para hipertensão são vasodilatadores e agem de diferentes maneiras. Os mais antigos, entre eles os diuréticos, por exemplo, se no início fazem a pessoa perder um pouquinho mais de sal e de água, também ajudam a reduzir a reatividade dos vasos. Os mais modernos costumam ser mais tolerados e provocam menos efeitos colaterais. É sempre possível controlar a pressão arterial desde que haja adesão ao tratamento. Para tanto, o paciente precisa fazer sua parte: tomar os remédios corretamente e mudar os hábitos de vida (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

A prevenção de danos que acometem o indivíduo hipertenso é uma das principais abordagens realizadas pela Estratégia de Saúde da Família. O caráter crônico da doença e sua instalação insidiosa, que pode permanecer assintomática por 15 a 20 anos, confirma a importância do acompanhamento e da adesão ao tratamento pelos pacientes. Uma mudança de estilo de vida dos pacientes (hábitos alimentares, prática de exercícios), é extremamente importante, uma vez que é uma doença de difícil controle apenas no âmbito ambulatorial. Não só o hipertenso, mas toda sua família deve se conscientizar da importância dos hábitos saudáveis de vida como principais medidas de prevenção contra a hipertensão (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

Há, ainda hoje, uma baixa adesão ao tratamento por parte dos pacientes, devido ao tratamento prolongado e de alto custo, além da presença de efeitos colaterais dos medicamentos. Percebe-se que há influência da relação equipe de saúde-paciente, muitas vezes insatisfatória, e falta de motivação por parte dos usuários, o que se associa a fatores externos, como carência do sistema de apoio, dificuldades financeiras e dificuldade de acesso ao sistema de saúde (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

Observa-se que alguns instrumentos da prática da APS são importantes para a resolução da maioria das questões suscitadas, como a realização de grupos educativos, que permitiriam uma maior orientação à população acerca da doença e de como preveni-la, e a realização de visitas domiciliares, em que a equipe de saúde poderia avaliar “in loco” a relação entre autocuidado e fatores de risco de cada indivíduo (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que o SUS enquanto modelo teórico é extremamente interessante e bem estruturado. Entretanto, até pelo que o mesmo se propõe a atender a todos sem distinção, tem como consequência algumas dificuldades devido ao grande fluxo de pessoas diariamente. Enquanto sistema ainda é bem recente, mas os avanços e conquistas são inúmeros, pois há um longo caminho a percorrer com muitos pontos já apoderados. Tanto o sistema em si quanto os dispositivos que o compõe têm vários aspectos a se analisar, a fim de melhorá-los para que sejam mais eficazes para a população atendida. Um destes dispositivos são os conselhos de saúde, que como órgãos fiscalizadores, normativos e deliberativos, são uma importante ferramenta para a melhoria contínua do SUS. Para tanto, a sociedade civil necessita se organizar e principalmente serem sujeitos pró-ativos e com consciência política de leis e de como as mesmas devem ser compreendidas e executadas.

Como conclusão desse trabalho, observa-se a necessidade de um maior referencial teórico das ações que estão sendo atualmente implementadas na Atenção Básica. Constatou-se que há relativamente poucos artigos teóricos sobre intervenção neste modelo de atenção, que dificulta tanto os pesquisadores da área quanto os profissionais que atuam diretamente na mesma. Essa falta de material mostrou-se significativa principalmente quanto ao tema de grupos operativos de doenças crônicas, existindo poucos modelos de intervenções de grupos utilizados especificamente nas UAPS, e principalmente estatísticas, analisando se estas intervenções são eficazes e eficientes para a melhoria na qualidade global da vida do usuário deste sistema.

REFERÊNCIAS

ANS, **Agência Nacional de Saúde**; Disponível em: www.ans.gov.br; acesso em 25 de outubro de 2013.

ASSUNÇÃO M, *et.al.* **Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado**. Rev Saúde Pública;35(1):88-95, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, **Portal da Saúde**, Disponível em: www.saude.gov.br/biblioteca/legislacaoemsaude – Ministério da Saúde; acesso em 30 de outubro de 2013.

CAMPOS G. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(Sup):1865-1874, 2007.

DIAS R. **Grupos Operativos**. Belo Horizonte, s/d.

DURAN R *et.al.* **Caracterização das Condições de Vida e Saúde dos Indivíduos Diabéticos Tipo II em uma Unidade de Saúde da Família – Votuporanga, SP**. Rev. Investigação 10 (Supl 2):S23-S30, 2010.

MAFFACCIOLLI R, LOPES M. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre**: usos e modos de intervenção terapêutica. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1): 973-982, 2011.

MALTA D, *et.al.* **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Volume 15 - Nº 3 - jul/set de 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Grupo consolidador da oficina de sistematização das tecnologias leves no modelo de atenção às condições crônicas** – MACC, 2013. Disponível em: www.saude.mg.gov.br; acesso em 23 de outubro de 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Saúde em Fortaleza: Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em: www.sms.fortaleza.ce.gov.br; acesso em 26 de outubro de 2013.

SÍCOLI J, NASCIMENTO P. **Promoção de saúde**: concepções, princípios e operacionalização. *Comunic, Saúde, Educ*, v7, n12, p.101-22, fev 2003.

SILVA L, SOARES, S. **Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na saúde da família**. *Rev Escola Enfermagem USP*; 47(3):640-7. 2013.

SOUZA M, GARNELO L. **É muito dificultoso! etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S91-S99, 2008.

TEIXEIRA J, EIRAS N. **A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária**. *PROPLAMED/TNC UFJF*, 2011.